

कीमतों की अनुवादित सूची के लिए किसी कर्मचारी से पूछें

## डाटा संग्रहण फॉर्म

*Affix Patient Label*

### मेडिकेयर अयोग्य रोगियों के लिए

आपको मेडिकेयर के लिए एक अयोग्य रोगी के रूप में वर्गीकृत किया गया है। इसलिए, आप ऑस्ट्रेलिया में मुफ्त में स्वास्थ्य देखभाल के लिए योग्य नहीं हैं। आपको अपने ईलाज से जुड़े सभी शुल्कों के पैसे देने की आवश्यकता होगी। अगर आपके पास निजी स्वास्थ्य बीमा, यात्रा बीमा या कोई अन्य बीमा है, तो हो सकता है कि आप खर्चों का कुछ प्रतिशत हिस्सा क्लेम कर सकें। हम सलाह देंगे कि आप इस बारे में अपने बीमा दपरथता से पुष्टि कर लें।

### शुल्कों की स्वीकृति

इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करके, मैं \_\_\_\_\_, इस बात की पुष्टि कराता/ती हूँ कि मुझे यह बता दिया गया है कि मैं मेडिकेयर रोगी हूँ और मैं इस मैट्रो नॉर्थ अस्पताल तथा स्वास्थ्य सेवा सुविधा में मेरे ईलाज से जुड़े सभी खर्चों की ज़िम्मेदारी लेता/ती हूँ। इस घोषणा के द्वारा, इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करके, मैं यह स्वीकारता/ती हूँ कि मैंने इस दस्तावेज़ में दी गई सूचना को पढ़ और समझ लिया है।

### मैं समझता/ती हूँ कि:

- मैं मैट्रो नॉर्थ अस्पताल तथा स्वास्थ्य सेवा सुविधा को, पृष्ठ 2 पर बताये गये अनुमानित शुल्कों के अन्तर्गत बताई राशि को, मेरे द्वारा प्रदान किये गये क्रेडिट कार्ड विवरणों का उपयोग करते हुए निकालने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ।
- पृष्ठ 2 पर बताया गया अनुमानित शुल्क मेरे ईलाज के लिये हो सकने वाले खर्चों का केवल अनुमानित संकेत है तथा वास्तविक खर्चा भिन्न हो सकता है और खर्चों में ज़्यादा पैसे भी व्यय हो सकते हैं।
- अगर मैंने एक निजी रोगी के रूप में ईलाज करवाने का निर्णय लिया है, तो निजी विशेषज्ञ के निर्णय के आधार पर ज़्यादा खर्चा भी हो सकता है और मुझे इस बारे में अपने विशेषज्ञ से पुष्टि कर लेनी चाहिए।
- इस सूचना में निजी विज़िटिंग चिकित्सीय अधिकारी शुल्क शामिल नहीं है, अगर वे सर्जरी या निःश्रेतक का काम करते हैं तो, क्योंकि उन शुल्कों के बारे में भर्ती करने वाली सेवा को बाह्य रूप से बताया जाता है। उन शुल्कों के लिए मुझे अलग से बिल दिया जायेगा।
- मेरे ईलाज से जुड़े वे सभी खर्चें जिनका पहले से भुगतान नहीं किया गया, अनुमानित शुल्क की राशि बढ़ा देने वाले खर्चों सहित, का बिल मुझे दिया जायेगा और बिल जारी करने की तिथी से 30 दिनों के भीतर उस बिल का भुगतान करना आवश्यक है। अगर मैं इस अवधि में भुगतान नहीं करूँ, तो बकाया राशि मैट्रो नॉर्थ अस्पताल तथा स्वास्थ्य सेवा का मुझ पर बकाया ऋण मानी जायेगी, इस सेवा के पास, सीधे तौर पर मुझसे या किसी ऋण वसूली संस्था के माध्यम से, मुझसे यह ऋण वसूल करने का अधिकार सुरक्षित है।
- मेरे ईलाज से पहले, नैदानिक (डायग्नोस्टिक) इमेजिंग, पैथोलोजी, तथा दवाओं से संबंधित खर्चों का अनुमान लगाना विशेष रूप से मुश्किल है और इस बात की संभावना है कि अगर इन सेवाओं की ज़रूरत पड़ी तो, मेरे ईलाज का वास्तविक खर्चा, शुल्कों की बताई गई अनुमानित राशि से ज़्यादा होगा। मेरे एडमीशन (यहाँ रहने) एवम्/अथवा ईलाज के दौरान अगर मुझे नैदानिक (डायग्नोस्टिक) इमेजिंग, पैथोलोजी, या दवाओं की ज़रूरत पड़ने की स्थिति के लिए, मैं मेरे क्रेडिट कार्ड में से \$1000 तक की अतिरिक्त राशि निकालने के लिए पूर्व अनुमति देता/ती हूँ। मैं यह समझता/ती हूँ कि मुझसे, व्यय हुई वास्तविक खर्चों की राशि, इस अधिकतम राशि तक ही, ली जायेगी। अन्य किसी भी बाह्य रोगी शुल्क के पैसे जो कि \$1000 के अलावा होंगे, उनके लिए मुझे अलग से बिल भेजा जायेगा।
- अगर मैट्रो नॉर्थ अस्पताल तथा स्वास्थ्य सेवा ने मेरे प्रतिनिधि के रूप में, मेरी निजी स्वास्थ्य बीमा निधि या किसी अन्य बीमाकर्ता से सीधे संपर्क करने की सहमति दी है, तो मैं मैट्रो नॉर्थ अस्पताल तथा स्वास्थ्य सेवा को, मेरी अस्पताल केसमिक्स प्रोटोकॉल (रिपोर्ट) सूचना तथा मेरे चिकित्सीय इतिहास सहित, मेरी संपूर्ण व्यक्तिगत तथा चिकित्सीय सूचना, ज़रूरत के अनुसार, उस बीमाकर्ता या निजी स्वास्थ्य बीमा निधि को प्रदान करने की अनुमति देता/ती हूँ।
- मुझे, ऑस्ट्रेलिया में मुफ्त में स्वास्थ्य देखभाल पाने के लिए मेरी योग्यता के आकलन के लिए, पासपोर्ट, वीज़ा या पहचान के किसी अन्य प्रमाण जैसी कोई अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने की ज़रूरत पड़ सकती है। मैं मैट्रो नॉर्थ अस्पताल तथा स्वास्थ्य सेवा को सहमति देता/ती हूँ कि वह उस सेवा के लिए मेरी योग्यता का आकलन करने के उद्देश्य के लिए, मेरे द्वारा दी गई सूचना का उपयोग कर सकता है, इसमें अगर मेरे वीज़ा की स्थिति की पुष्टि की आवश्यकता हुई तो, आप्रवास तथा सीमा सुरक्षा विभाग को मेरी समस्त व्यक्तिगत जानकारी देना भी शामिल हो सकता है।
- झूठी या गुमराह करने वाली सूचना देना धोखा माना जाता है और यथोचित अधिकारियों को सूचित करने के लिए कदम उठाये जा सकते हैं।

नाम (अंकित करें)

नाम (अंकित करें)

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

तिथी

तिथी